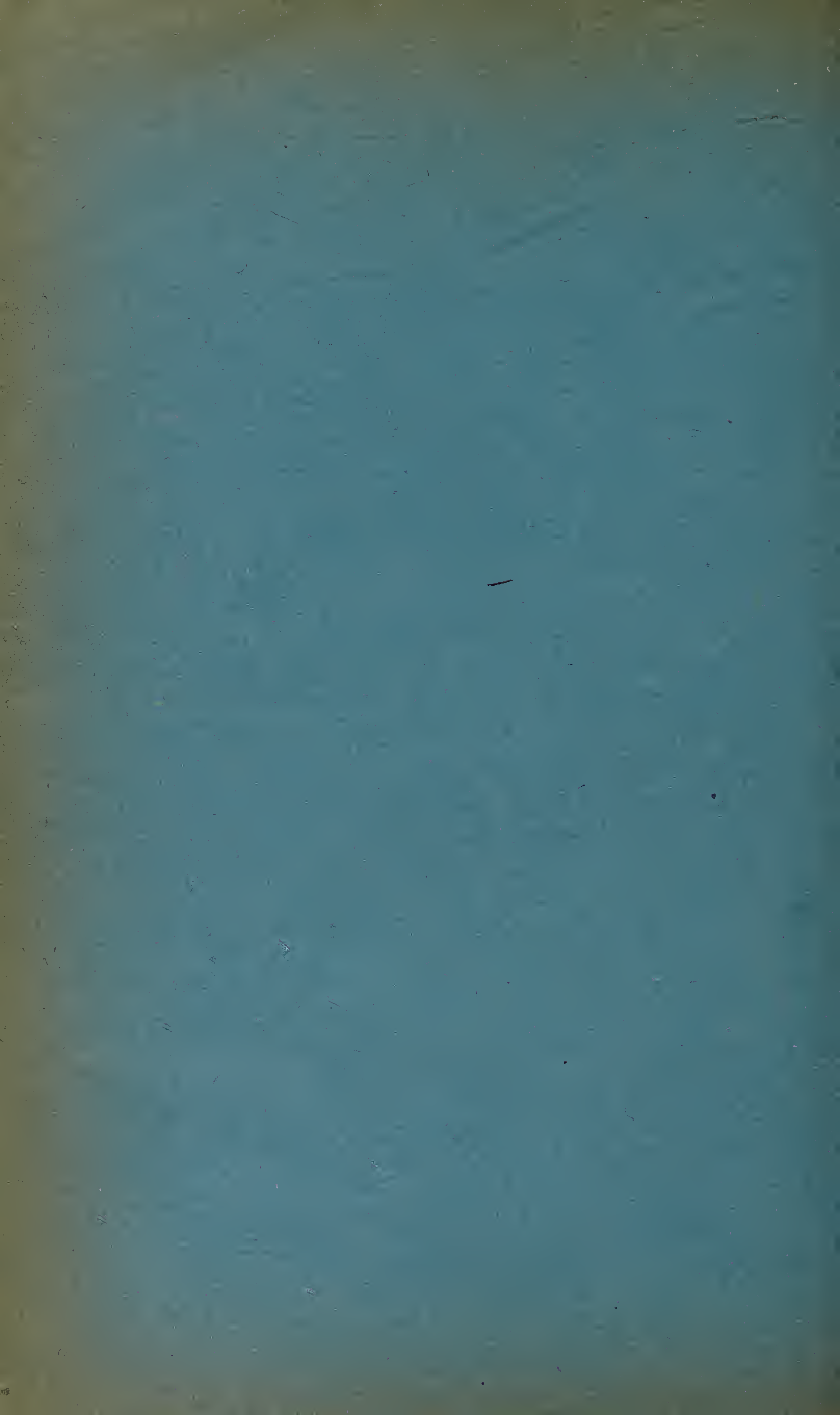
Zur Casuistik der primären Herzgeschwülste.

Von

Dr. Jürgens,
Custos am pathologischen Institut.

(Sonderabdruck aus Berliner klin. Wochenschrift, 1891, No 42.)



Zur Casuistik der primären Herzgeschwülste.

Von

Dr. Jürgens,
Custos des pathologischen Instituts.

Herzgeschwülste sind im Allgemeinen so selten, dass ein Kliniker bei Beurtheilungen von Herzkrankheiten wohl an alles andere eher denkt, als an das Vorhandensein eines Tumors. Die Casuistik ist allerdings von Seiten der pathologischen Anatomie in den letzten drei Jahrzehnten ausserordentlich vermehrt worden. Aus der ansehnlichen Zahl dieser Publicationen kann man ersehen, dass fast jedes Gewebe des Herzens Ausgang einer Geschwulstbildung werden kann.

Der Charakter einer Herzgeschwulst, die Frage, ob dieselbe ihrer histologischen Einrichtung nach bösartig oder gutartig sei, hat in sofern wenig praktische Bedeutung, als auch die an sich gutartigsten Tumoren, wenn sie eine gewisse Grösse erreicht haben, nicht lange ohne ernste Störungen ertragen werden; man kann in dieser Beziehung das Herz mit den Centralorganen des Nervensystems in eine Parallele stellen; jede Geschwulst wirkt an diesen Organen, wenn sie eine gewisse Grösse erreicht hat, tödtlich. Deshalb kann man nach praktischen Gesichtspunkten rationeller die Herztumoren nach ihrem Sitze classificiren; es ergeben sich in der That wichtige Unterschiede, wenn man die bis jetzt bekannten Fälle prüft, ob dieselben pericardiale, intraparietale resp. intramusculäre oder endocardiale Tumoren waren. Denn

es liegt ja in der Natur der Sache, dass diese regionäre Verschiedenheit des Sitzes der Neoplasmen in den meisten Fällen wenigstens eine ebenso grosse Mannigfaltigkeit in der Functionsstörung, welche die Neubildung hervorbringt, bedingen muss; es werden sich die Störungen ungefähr in derselben Weise gruppiren, wie die Symptomencomplexe bei den verschiedenen Formen der Myocarditis, Peri- und Endocarditis. Ja, man wird nicht weit fehl gehen, wenn man annimmt, dass bei gleichem Sitze in den weitaus meisten Fällen die Symptome bei einer Geschwulstbildung und diejenigen Störungen, welche durch andersartige Erkrankungen am Herzen hervorgebracht werden, sich sehr ähnlich sein müssen, und dass nur in den seltensten Fällen, etwa bei Gummibildungen am Herzen, für die Differentialdiagnose feste Anhaltspunkte gewinnen kann. Indess ist es hier weder der Ort, noch meine Aufgabe, auf diese Frage näher einzugehen; auch geben die bisher publicirten Fälle für die Entscheidung dieser Angelegenheit kaum das genügende Material. Die folgenden Mittheilungen sollen lediglich den Zweck haben, die casuistischen Erfahrungen zu erweitern.

Der erste Fall, den ich beobachtete, betrifft ein fast kirschengrosses Fibrom des rechten Vorhofes.

Karl L., 10 Monate altes Kind, kräftig entwickelt, gutes Fettpolster. Namentlich in der linken Lunge ausgedehnte phthisische Processe in Form von frischen und älteren käsigen Pneumonien.

Herz etwas vergrössert, namentlich der rechte Ventrikel weit, schlaff und mit Blutgerinnsel stark angefüllt. Der linke Ventrikel leer, fest contrahirt. Der rechte Vorhof prall gefüllt mit festem, auffallend trocken aussehendem Speckgerinnsel und Cruormassen. Nach Entfernung derselben zeigt sich an der vorderen Wand des Atriums eine kirschgrosse, breit aufsitzende Geschwulst von sehr fester Consistenz. Dieselbe sitzt in der Mitte zwischen Insertion der oberen Vena cava und der Insertion des vorderen Segels der Tricuspidalis

und verursacht eine flache Hervortreibung der Wandung nach aussen, wo dieselbe als festere Intumescenz fühlbar ist. Die Geschwulst hat eine grauweisse Färbung, ist von völlig glatter, halbkugeliger Oberfläche und mit dem Gerinnsel nur sehr wenig verklebt. Auf dem Durchschnitt zeigt die Substanz ein blasses, graues, dichtfaseriges Aussehen; die mikroskopische Untersuchung ergab den Bau eines einfachen Fibroms. An mehreren Stellen des Endocardiums beider Ventrikel ziemlich starke fibröse diffuse Verdickungen, die zum Theil auf die Substanz der Herztrabekel beträchtlich weit übergreifen. Es ist nicht unwahrscheinlich, dass die fibromatöse Bildung des rechten Atriums und die multiple Endocarditis parietalis fibrosa beider Ventrikel aus gleicher Zeit stammten und für beide Bildungen gleiche ursächliche Beziehungen vorlagen. Die wichtigste Erkrankung, welche auch als Todesursache anzusehen war, bot das Gehirn dar, woselbst mehrere solitäre Tuberkel sich gebildet hatten.

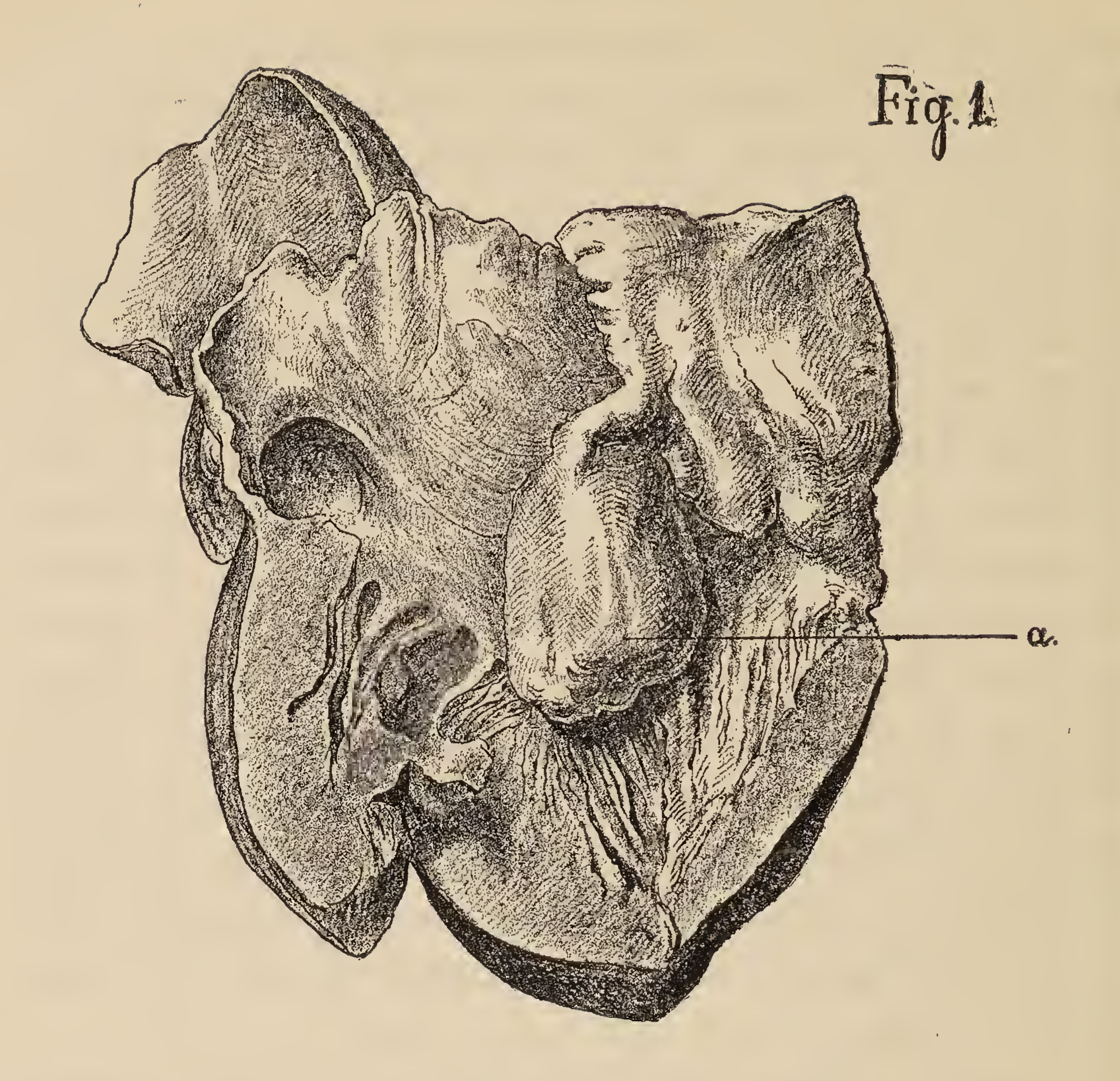
Ausser starker Fettinfiltration und leichter brauner Atrophie der Leber frische Hyperplasie der Milz mit perisplenitischen Verdickungen, Anaemie beider Nieren.

Während des Lebens waren Störungen von Seiten des Herzens, welche auf die Geschwulst hätten bezogen werden können, nicht beobachtet worden.

Fall 2. Fibro-myxoma polyposum atrii sinistri cordis. (Fig. 1.)

Wilhelm Sch., Arbeiter, 50 Jahre alt. Klinische Beobachtungen haben keine Störungen von Seiten des Herzens constatiren können.

Obduction ergab folgenden Befund. Mittelgrosse Leiche mit starken hydropischen Schwellungen der Extremitäten und der äusseren Genitalien. Fettpolster atrophisch, Musculatur schwach. Beide Lungen mässig lufthaltig, aber stark ödematös. Leichter Hydrothorax. Im Herzbeutel nur eine geringe Menge klarer wässeriger Flüssigkeit. Herz ungemein



klein. Pericardium überall stark verdickt, sehnig getrübt. Das subseröse Fettgewebe sehr spärlich entwickelt, von gallertiger Beschaffenheit. Rechter Ventrikel sehr eng. Herzwand dünn und schlaff; Substanz schmutzig dunkelbraun gefärbt, wie altes Leder. Rechtes Atrium von mittlerer Weite, dünnwandig. Pulmonalklappen, ebenso Tricuspidalis intact. In Vorhof und Kammer spärliche Gerinnsel. Der linke Ventrikel leicht contrahirt, enthält etwas Speckgerinnsel, welches als platte cylinderförmige Masse vom vorderen Segel der Mitralis, mit deren Sehnenfäden dasselbe verfilzt festhaftet, bis zur Herzspitze reicht. Die Wand der linken Herzkammer etwas dünn, von dunkelbraunrother Färbung. Das Endocardium an der Spitze leicht fibrös verdickt; fibröse Entartung einzelner Herztrabekel dieser Gegend. Aortenklappen schliessen gut, obgleich die hintere an den Schliessungslinien leicht verdickt und oberhalb derselben leicht gefenstert ist. Sinus dieser Klappe etwas erweitert. Linke Herzhöhle nicht er-

weitert. Der linke Vorhof im Verhältniss zum übrigen Theil des Herzens auffallend weit. Ungefähr in der Mitte der vorderen Wandung sitzt eine Geschwulst von etwas über Wallnussgrösse; dieselbe inserirt sich mit einem Stiel von 1 cm Durchmesser an der Vorhofswand und hängt als $3^{1}/_{2}$ cm lange, nach unten etwas kolbig verdickte Geschwulst in das Lumen der Mitralis hinein. Die Oberfläche derselben ist glatt, nur an einzelnen Stellen bestehen wellige Erhebungen; hügelige Unebenheiten am unteren Ende. Das Lumen der Mitralis wird von dem Tumor fast ganz ausgefüllt. Derselbe ist von derber, aber elastischer Consistenz. Das Endocardium des Vorhofes setzt sich eine Strecke weit auf den Stiel der Geschwulst fort und verliert sich dann ohne scharfe Abgrenzung allmälig in der Substanz der Neubildung, welche oben glatt, durchscheinend und grau aussieht, weiter nach abwärts im Ganzen mehr bläulich-röthliche Färbungen annimmt; an einigen Stellen treten dann mehr gelblich-graue Nüancirungen auf, während zartere Streifen von stark durchscheinenden, fast glasig aussehenden, leicht graubräunlich gefärbten Gewebszügen aus der Tiefe an die Oberfläche treten. Auf dem Durchschnitt wiederholen sich im Grossen und Ganzen die Färbungen der Oberfläche, doch tritt hier ein mehr faseriger Bau hervor, welcher der Schnittfläche ein reticuläres Aussehen giebt; bunte gallertige Gewebsmassen füllen die alveolären Abschnitte aus.

An dem vorderen Segel der Mitralis bestehen leichte Verdickungen am freien Rande; leichte Retraction und unbedeutende Verwachsungen der Sehnenfäden. Aorta eng, intact.

Neben dieser Geschwulstbildung im Herzen fand sich ein grosses ulceröses Carcinom des Magens mit starker Strictur des Pylorus; in der Leber grosse Krebsmetastasen. Hydrops der Gallenblase nach Obliteration des Ductus cysticus. Granularatrophie beider Nieren.

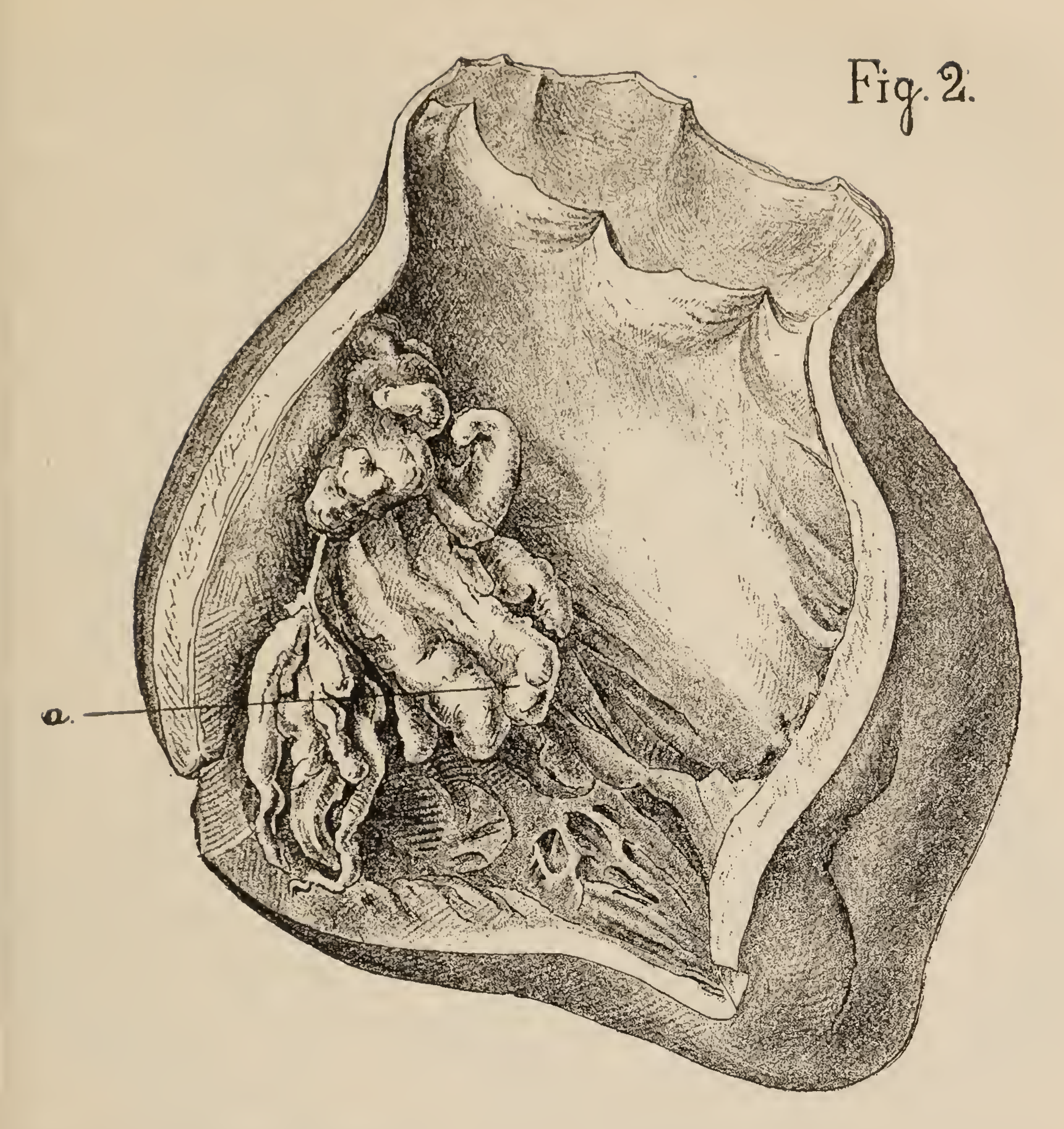
Die mikroskopische Untersuchung der Herzgeschwulst ergab, dass dieselbe ein stark vascularisirtes Fibromyxom war, welches ausserordentlich viel braunes Pigment enthielt.

Die berechtigte Vermuthung, dass es sich um ein metastatisches Carcinom handeln könnte, bestätigte sich also nicht. Bemerkenswerth ist die histologische Beschaffenheit in dem Stiele des Tumors. Hier fanden sich neben derbfaseriger Bindesubstanz zahlreiche quergestreifte Muskelfasern, welche zum Theil in Fettmetamorphose übergegangen waren. Offenbar war durch den übermässig starken Zug der Geschwulst ein Theil der nachgiebigen Vorhofswand stielförmig nach innen gezogen worden, und zwar nachweislich so weit, als das Endocardium im Umfange des oberen Theiles des Tumors den äusseren Ueberzug bildete. Man darf deshalb bei derartig gestielt aufsitzenden Geschwülsten die dislocirte Muskelsubstanz der Herzwandung nicht etwa für neugebildete Muskelfasern halten.

Geschwulstbildungen im Herzen, wie diese, sind bereits mehrfach beschrieben worden; diesem Fall am ähnlichsten ist der von Kottmeier, wo ein 2 Zoll langes Fibrom am Septum atriorum sass und in das Lumen der Mitralis hineinhing. Ein analoger Fall ist der von Boström mitgetheilte Befund bei einer 80jährigen Frau, woselbst ein teleangiectatisches Fibromyxom des linken Atriums plötzlichen Tod herbeiführte. Bei dem oben mitgetheilten Falle ist der anatomische Befund am Herzen sehr merkwürdig insofern, als eine Hypertrophie des rechten Ventrikels, wie man doch erwarten sollte, nicht zur Ausbildung kam, trotzdem der Tumor fast das ganze Lumen der Mitralis ausfüllte.

Fall 3. Fibrosarcoma atrii dextri et tricuspidalis. (Fig. 2.)

Banquier X. Kräftig gebauter Mann, 36 Jahre alt. Plötzlicher Tod auf der Strasse. Beide Lungen stark ödematös. Starkes Oedema glottidis. Herz auffallend gross. Starke Fettmetamorphose der ganzen Substanz. Rechte Kammer und Vorkammer dilatirt, beide mit Gerinnsel und flüssigem Blut gefüllt. Die Wand des rechten Atriums zeigt im vorderen Theile eine fast daumendicke diffuse markige Infiltration,



welche sich von hieraus auf das vordere Segel der Tricuspidalis fortsetzt, weit auf die Sehnenfäden übergreift und diese in starre hellgrauweisse Stränge von 0,3 cm Durchmesser umgewandelt hat. Grauweisse Infiltrationen dehnen sich auch auf die vordere Wand des Ventrikels aus. Das Segel der Tricuspidalis an der Insertion fast kleinfingerdick. Das Lumen dieser Klappe dadurch bedeutend verengt, so dass kaum ein Finger Platz hat. Die Klappen des linken Herzens völlig intact. Der übrige Theil der Obduction bot negativen Befund. Syphilitische Herderkrankungen oder anderweitige Geschwulstbildungen nicht zu finden. Die mikroskopische Untersuchung ergab neben der starken Fettmetamorphose des Herzens fibröse Intumescenz und starke kleinzellige Infiltration der befallenen Theile. Die kleinzelligen Wucherungen waren am bedeutendsten in der Substanz der

Atrioventriculargrenze, gingen auch auf das starke Fettgewebe dieser Gegend über. Man könnte hier an Gummibildung denken, allein in den Elementen der Neubildung fehlte gänzlich die Fettmetamorphose, welche niemals, besonders auch bei syphilitischen Wucherungen des Herzens, zu fehlen pflegt. Es kann daher kein Zweifel sein, dass es sich um ein primäres Fibrosarkom des Herzens in diesem Falle handelte, wo der plötzliche Tod durch Lungenödem in Folge der Insufficienz der Herzmusculatur zu Stande kam. Krankenberichte konnten leider nicht beschafft werden, da Patient Ausländer war.

Fall 4. Gummata intraparietalia ventriculi cordis dextri. Plötzlicher Tod. (Fig. 3.)

Schauspielerin Marie S., 19 Jahre alt. Von der Wirthin der Dame wurde angegeben, dass dieselbe seit 8 Tagen vor ihrem plötzlichen Tode über starkes Herzklopfen geklagt hätte. Dieselbe hätte ein Jahr lang bereits bei ihr gewohnt, wäre seit der Zeit nie krank gewesen, sondern hätte stets ein gesundes frisches Aussehen dargeboten. Der plötzliche Tod liess deshalb die Vermuthung eines Selbstmordes, einer Vergiftung, aufkommen, bis die Section das schwere Herzleiden constatirte.

Die äussere Besichtigung ergab nirgends Veränderungen, welche etwa auf frühere syphilitische Erkrankungen der Haut zu beziehen gewesen. Hirn und Hirnhäute intact. Beide Lungen sehr stark ödematös; leichtes Oedem der Glottis. Das Herz stark vergrössert; besonders auf der rechten Seite stark dilatirt. An der Wand des rechten Ventrikels bemerkt man zahlreiche leicht ansteigende Erhebungen der Oberfläche, welche von Tumoren bewirkt werden, die in der Tiefe der Herzmusculatur ihren Sitz haben. Auf dem Durchschnitt sieht man, dass fast die ganze Herzwandung der rechten Seite von hellgrau-weissen, an vielen Stellen fast markig aussehenden Intumescenzen, durchsetzt ist. In der Mitte der grösseren Knoten sind gelbliche Färbungen sichtbar, eingesprengt in

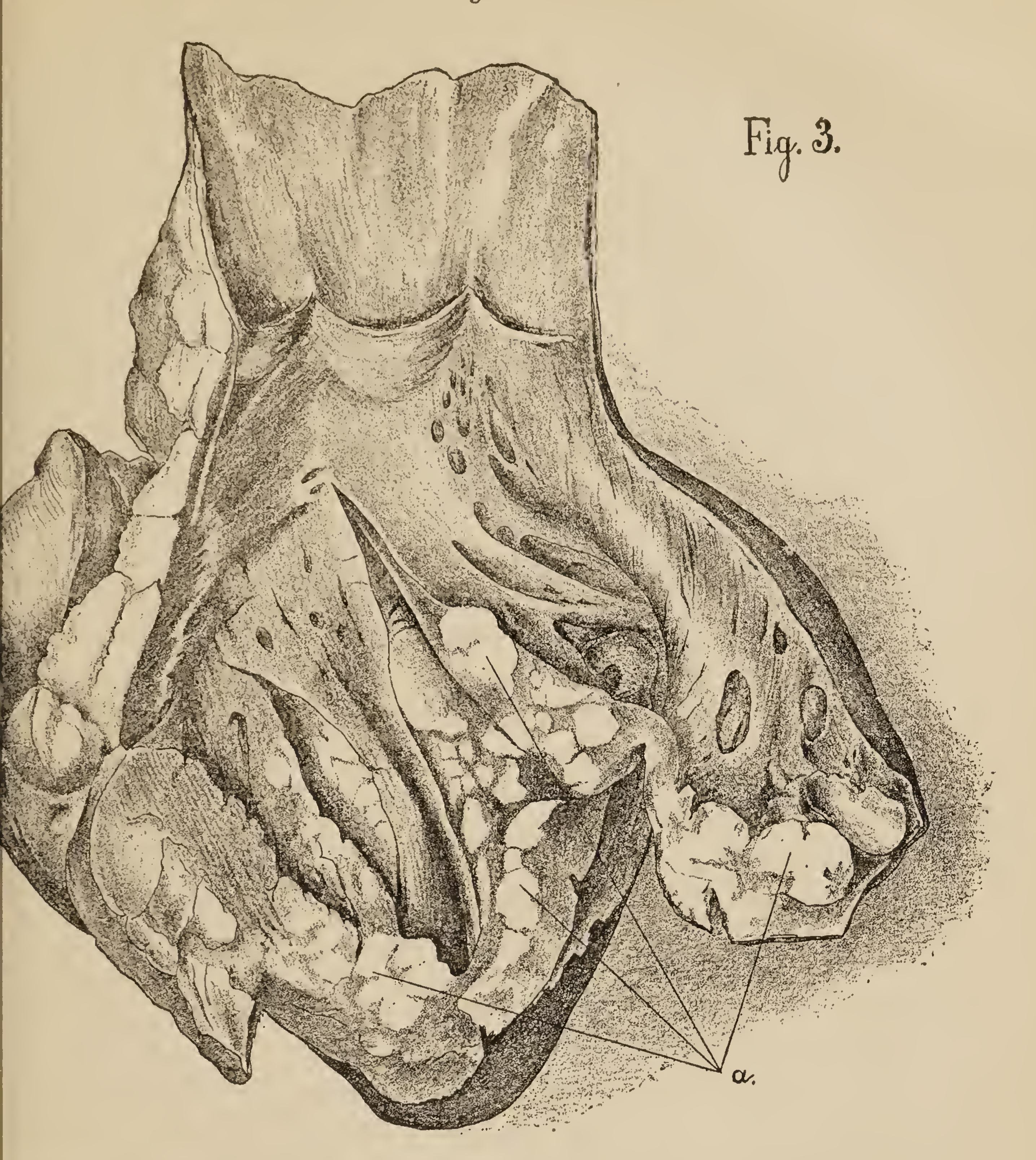


Fig. 3.

derbfaseriger Bindesubstanz, die, in feinere Züge auslaufend, auf die contractile Substanz übergreift, während daneben frischere markige Knoten von Nadelknopf- bis Kirschkerngrösse eingesprengt sind. Die Muskelsubstanz ist in diesen Theilen atrophisch und gelblich gefärbt. Auch das Septum ventriculorum ist mit weissgelblichen Tumoren durchsetzt, welche bis an das Endocardium treten und an der Innenfläche des Herzens wie aussen kleine hellgraue Hervorragungen bilden. Besonders starke Entwickelung fibröser Substanz von sehr dichtem Gefüge an der Grenze des Atriums und Ventrikels. Schwielige Platten des Endocardiums gehen bis an

die Insertion der Tricuspidalis, deren Segel durch starke fibröse Verdickungen und seitliche Adhaerenzen fast unkenntlich geworden sind. Der vordere Papillarmuskel ist in einen schwieligen Strang verwandelt und fast ganz mit der Herzwand verwachsen. Das vordere Klappensegel, ebenfalls die Sehnenfäden sind in der dichten fibrösen Neubildung der Herzwand eingelagert und fast unkenntlich. Auf diese Weise ist der grösste Theil der Klappe in der Wucherung aufgegangen und das Ostium atrioventriculare bildet einen starren, aber für zwei Finger durchgängigen Canal. Trotz dieser schweren Veränderung bestehen keine Parietalthromben, und nur an einzelnen Stellen zeigt die Herzsubstanz im Conus, ebenfalls im linken Ventrikel, wo übrigens Aortenklappen und Mitralis intact sind, leichte Formen der Fettmetamorphose, die allerdings im Bereiche der Neubildungen überall vorhanden ist. Im Allgemeinen zeigt aber die übrige Herzsubstanz ein auffallend gutes Aussehen und gute Consistenz. In der Wand des rechten Ventrikels finden sich an den Arterien und zum Theil auch den Venen sehr starke sklerotische Verdickungen der Wandungen; in den dichten Bindegewebsneubildungen besteht vielfach völlige Obliteration der Arterien. Die histologische Untersuchung der Geschwulstbildung ergab den bekannten Befund der Gummositäten und einfachen hyperplastischen Bindegewebsneubildungen der Syphilis.

In der rechten Niere eine strahlige, ziemlich tiefe Narbe Leber mit leichter Fettinfiltration, ziemlich starker rother Atrophie. In der Mitte des Ileum kleine strahlige Narbe mit leichter Retraction der Wandung. Geschlechtsapparat intact; Hymen perforatum.

So schwere Formen der Herzsyphilis sind ungemein selten. Aerztliche Behandlung des Falles hatte, wie oben schon bemerkt, nicht stattgefunden.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

